Ueber ein in die Scheide eingewachsenes

Pessar

und ein in die Scheide geborenes und mit derselben verlöthetes

Uterusmyom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

einer hohen medicinischen Facultät der Kgl. Bayerischen Friedrich-Alexanders Universität

Erlangen

vorgelegt im Juli 1894 von

Emil von Staa

aus Ruhrort.

— 1895 —

Druck von C. H. Jacke, Ruhrort.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535724_0207

Ueber ein in die Scheide eingewachsenes

Pessar

und ein in die Scheide geborenes und mit derselben verlöthetes

Uterusmyom.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

einer hohen medicinischen Facultät der Kgl. Bayerischen Friedrich-Alexanders Universität

Erlangen

vorgelegt im Juli 1894 von

Emil von Staa

aus Ruhrort.

— 1895 —

Druck von C. H. Jacke, Ruhrort.

Referent: Herr Professor Dr. Frommel.

Im December des Jahres 1893 kam auf der Erlanger Universitäts-Frauenklinik ein Fall zur Beobachtung, welcher nach zwei Seiten hin besonders interessant erscheint und zwar:

1) durch den Befund eines in die Scheide eingewachsenen Pessars; und
2) durch das bei der Autopsie constatirte Vorhandensein eines in die Vagina geborenen und mit derselben verlötheten Uterusmyoms.

Es möge gestattet sein, zunächst die Krankengeschichte und daran anschliessend das Sectionsergebniss mitzutheilen.

Am 21. December 1893 wurde die 58 Jahre alte, seit 1856 verheirathete Zieglersfrau Susanna Z. aus Frauenaurach, Bezirksamt Erlangen, in die Erlanger Frauenklinik aufgenommen. Patientin klagt über heftige Schmerzen in der Scheide, welche seit einem halben Jahre bestehen und von dieser Zeit an sich stets vergrössert haben. Sie führt diese Schmerzen auf einen fest in die Scheide eingewachsenen starken Kautschuckring zurück, welcher ihr vor 2 Jahren von einer Hebamme gegen einen seit ihrem 32. Lebensjahre von ihr bemerkten Prolaps eingelegt wurde, der immer stärker geworden und mit einem weisslichen Ausfluss verbunden war.

Die Anamnese ergiebt Folgendes:

Die Eltern sind beide gestorben, die Todesursache ist der Patientin nicht bekannt.

Von vier Geschwistern sind drei gestorben, und zwar eine Schwester an Diphtherie, zwei Brüder an Auszehrung.

Mit 38 Jahren hatte Patientin heftige Blutungen aus der Scheide, welche ca. einen Monat anhielten. Sonst will sie nie krank gewesen sein. Schon mit dem 32. Lebensjahre hatte sie einen kleinen Vorfall, der sich langsam vergrösserte.

Die erste Regel bekam Patientin mit 15 Jahren. Die Regel war anfangs schwach, später stärker; sie dauerte 1—2 Tage und

trat regelmässig alle vier Wochen ein. Das Klimakterium begann mit 56 Jahren.

Dreimal hat Patientin geboren, eins der Kinder ist gestorben, zwei leben und sind gesund. Fehlgeburten hat Patientin nicht gehabt.

Frau Z. ist eine kleine, gracil gebaute, sehr stark abgemagerte Frau, deren Fettpolster vollständig geschwunden ist. Auf dem linken Auge besitzt Patientin ein linsengrosses Leukom, an der Innenseite der Oberschenkel Petechien von der Grösse einer Stecknadelspitze bis zu der eines Stecknadelknopfes.

Die Percussion ergiebt am Oberlappen der rechten Lunge vorne und hinten gedämpften Schall, hinten oben mit etwas tympanitischen Beiklang.

Bei der Auscultation hört man in den obersten Partieen der rechten Lunge etwas Bronchialathmen, überall feines, an manchen Stellen etwas stärker werdendes, feuchtes Rasseln, welches sich auch auf einen Theil des Unterlappens erstreckt. Auch in der linken Spitze bemerkt man hie und da undeutliches Rasseln.

Das Herz ist gesund.

Die Brüste sind vollkommen atrophisch.

Die Bauchdecken sind sehr dünn, ziemlich schlaff, ztark gerunzelt und weisen alte striae auf.

Die äusseren Genitalien zeigen senile Atrophie.

Die sehr enge Scheide ist vollkommen ausgefüllt von einem unregelmässig höckrigen, von der hinteren Scheidenwand ausgehenden, zum grössten Theil mit glatter Schleimhaut bedeckten, nicht besonders harten Tumor. Am hinteren Ende der ziemlich langen Scheide ist deutlich der vordere Rand einer offenbar hölzernen Pessars zu fühlen, welches mauerfest in Tumormassen eingebettet ist. In der Umgebung des Pessars sind einzelne Stellen des Tumors in Zerfall begriffen. Es besteht ein ziemlich reichlicher, schleimiger, eitriger, übelriechender Ausfluss. Die Leistendrüsen sind beiderseits bohnengross. Der Uterus und seine Anhänge sind ohne Narcose nicht abzutasten. Bei der Untersuchung vom Rectum aus wird constatirt, dass der Tumor sich ziemlich stark in's Rectum vorwölbt.

Am 23. December wird in Chloroformnarkose zunächst mit der Hand die Entfernung des Ringes versucht, welche jedoch vollständig unmöglich ist. Hierauf wird mit den verschiedensten Instrumenten versucht, den Ring zu fassen, wobei auch nach links

eine kleine Incision in die Scheidenwand gemacht wird zur besseren Erreichung des Operationsfeldes. Nach vielen Bemühungen gelingt es schliesslich, zwei Braun'sche Haken um den Ring herumzuführen und denselben mit ziemlichem Kraftaufwand von seiner Umgebung loszureissen und zu entwickeln, wobei eine äusserst heftige Blutung entsteht, welche durch ausgiebige Tamponade mit Jodoformgaze gestillt wird.

Die mikroskopische Untersuchung der bei der Entwickelung sich lösenden Gewebesfetzen zeigt, dass es sich wenigstens in dem unmittelbar am Ring befindlichen Gewebe um reine Granulationen handelt.

Am 1. Januar zeigt sich an verschiedenen Stellen des Rückens Decubitus, weswegen Patientin tagsüber theilweise aufsteht.

Am 3. Januar finden sich ausser den stärker gewordenen Petechien an den Oberschenkeln auch solche an den Unterschenkeln. Der Verfall der Kräfte nimmt täglich zu.

Am 8. Januar wird stark übelriechender Ausfluss constatirt. Auf der rechten Bauchseite und dem rechten Oberschenkel zeigen sich starke purpurfarbene Flecken. Ein starkes Oedem des rechten labium ist eingetreten.

Am 10. Januar ist das Allgemeinbefinden sehr schlecht, der Puls ist klein, beschleunigt und leicht unterdrückbar. Patientin klagt über sehr heftige Schmerzen im linken Bein, welches um die Knöchel herum stark ödematös ist. Nachdem Patientin am 11. Abends eine Morphiumeinspritzung erhalten hat, klagt sie am 13. über heftiges Brennen im Rücken, eine starke Schwellung des ganzen linken Beines ist eingetreten. Abends erhält sie eine weitere Morphiuminjection. Der Kräfteverfall nimmt rasch zu, so dass am 14. Januar der exitus letalis erfolgt.

Die Diagnose lautete: Sepsis chronica.

Die Section, welche am 15. Januar erfolgte, ergiebt ein pilzartiges Fibromyom des Uterus, welches in die Scheide herabgetreten ist. Theilweise ist dasselbe ulcerirt und mit der hinteren Scheidenwand verwachsen.

Es bestehen: Ein Milztumor, ein partielles Oedem der Lunge und lobuläre, fibrinöse Pneumonie (septische), senile Atrophie von Leber, Nieren und Herz (braune Atrophie), ausserdem doppelseitige Lungeninduration. Es finden sich vereinzelte Tuberkel des linken oberen Lappen.

Die Leiche ist ziemlich klein, von gelblicher Hautfarbe und sehr stark abgemagert. Todtenflecken auf dem Rücken und Todtenstarre sind vorhanden.

Beide Lungen sind in ganzer Ausdehnung fest verwachsen, die linke Pleurahöhle ist vollkommen obliterirt, in der rechten Pleurahöhle befindet sich im unteren und hinteren Theile noch ein freier Raum, welcher mit einigen Esslöffeln klarer gelblicher Flüssigkeit angefüllt ist. Die vorderen Lungenränder berühren sich.

Der Herzbeutel liegt in peripherer Ausdehnung frei und enthält etwa einen Esslöffel klarer Flüssigkeit.

Beide Lungen sind in den oberen und vorderen Theilen lufthaltig, im hinteren unteren Theile, namentlich rechts, in grosser Ausdehnung luftleer. Aus dem Rachen fliesst reichlich trübe Flüssigkeit. In der rechten Spitze und an der Pleura ist eine strahlig schiefrige Induration, welche am Durchschnitt sich als aus schiefrigem Bindegewebe bestehend erweist, und in deren Umgebung die Bronchien stark mit Eiter angefüllt sind. Der untere Theil des linken Oberlappen ist von blassgrauer Schnittfläche mit sehr feinen glasigen Tuberkeln. Die Pleura des linken Unterlappen ist mit stark ödematösen, bindegewebigen Lagen bedeckt. Der untere Lappen ist theilweise lufthaltig und von zahlreichen grösseren theils lufthaltigen, theils luftarmen Parthieen durchsetzt.

Die Schnittfläche ist bunt und fleckig, gallertig; graue Stellen wechseln mit graubraunen ab. Auf Druck sondert sie an den meisten Theilen etwas gelblich gefärbten klaren Schaum ab, nur aus kleinen luftleeren Parthieen eine trübe Flüssigkeit. Die betreffenden Parthieen zeigen ganz leicht körnige Schnittflächen. Der rechte Ober- und der rechte Mittellappen sind lufthaltig, in der Spitze ist eine ganz flache Narbe, welche als schiefrige Verdickung wenig weit in das Gewebe reicht. Das Gewebe ist auf dem Durchschnitt sehr blass und trocken, das des Mittellappen ebenso, nur nach dem Hilus des Mittellappen hin bemerkt man einen ungefähr kirschkerngrossen, neben grösseren Bronchialästen liegenden infiltrirten Herd mit körniger Schnittfläche, welche eine graugelbliche Demarcationslinie hat. Vom rechten Unterlappen ist nur der hintere Theil noch lufthaltig, das ganze übrige Gewebe ist theils ganz luftleer, theils äusserst luftarm. Die Pleura ist sowohl an der Basis als an den seitlichen Theilen theils mit bindegewebigen, theils mit ganz schlaffen gallertigen Auflagen bedeckt,

welche der Pleura sehr fest anhaften. Die Schnittfläche der luftleeren Theile ist im Ganzen glatt, aber nach Abstreifen von sehr zahlreichen versprengten Herden feinkörnig, während die umliegenden Theile sehr stark serös durchtränkt sind und gallertige Schnittflächen zeigen, von denen sich auf Druck eine grosse Masse mit feinem Schaum gemischte, leicht getrübte Flüssigkeit entleert.

Das Herz ist sehr klein und die Muskulatur desselben intensiv braun gefärbt. Die Ostien sind normal.

Die Schleimhaut des Kehlkopfes ist blass.

Die Schleimhaut der Luftröhre und Bronchien zeigt sich stark injicirt, namentlich die Bronchien sind sehr stark mit eitrigem Schleim angefüllt.

Bei der Eröffnung des Bauches quillt eine mässige Menge leicht getrübter gelblicher Flüssigkeit hervor. Das Peritoneum und die Darmserosa sind äusserst blass und feucht glänzend.

Das kleine Becken wird vollkommen von der stark ausgedehnten Blase und dem Uterus ausgefüllt, es ist sehr stark verengt, so dass mit Mühe die Hand zum Douglas'schen Raume durchzuführen ist. Der untere Theil des kleinen Beckens wird vollkommen von einem derben Tumor ausgefüllt, der im Ganzen etwa zwei Faust gross ist. Aus der Harnblase fliesst etwas klarer Harn ab; die Schleimhaut derselben ist normal, nur die Basis des Trigonum ist stark injicirt und ecchymosirt.

Die ganze Scheide, deren oberer Theil bis zu Armdicke ausgedehnt ist, ist ausgefüllt von einem sich nach unten zu kegelförmig zuspitzenden Tumor, der beim Ausschnitt ein fibroidähnliches Aussehen zeigt. Dieser Tumor sitzt der hinteren Scheidenwand fest an und ist von einer glatten Haut überzogen. Der Finger dringt leicht in die Uterushöhle und kann, hakenförmig gekrümmt, in den Tumor selbst eingeführt werden. Nach Spaltung der Uterushöhle zeigt sich, dass die stark ausgedehnte Scheide fast continuirlich in den ebenfalls stark ausgedehnten Cervix übergeht, so dass die Portio fast ganz verstrichen ist und nur Andeutungen des äusseren und inneren Muttermundes sichtbar sind. Der Tumor stellt ungefähr die Form eines umgekehrten Pilzes dar. Der Stiel ist etwa fingerdick und geht, sich etwas ausbreitend, allmählich in die hintere Uteruswand über, aus welcher er ausgezerrt erscheint. Der Stiel ist ringsum vollkommen frei und etwa 4 cm lang. In der Uterushöhle selbst liegt nur der Stiel, der

ganze Tumor ist in die Scheide herabgetreten. Auf der rechten Seite kann man neben dem Stiel ziemlich tief in den Tumor eingehen, sodass derselbe hier durch eine nach hinten greifende Ulceration wie ausgehöhlt erscheint. (An dieser Stelle muss das Pessar irgendwie gelegen haben.)

Der Tumor ist an der ganzen hinteren Fläche mit der Scheidenwand vollkommen fest verwachsen, so dass er den Eindruck eines von der hinteren Scheidenwand ausgegangenen, kugelig in die Scheide hereinragenden Tumors macht. Die vordere Fläche ist vollkommen frei, und mit einer glatten, serosaähnlichen Membran überzogen, welche an den Verwachsungsrändern in die Scheidenwand übergeht. Letztere zeigt nur an einzelnen Stellen epithelartigen Glanz.

Der Dickdarm ist in den hinteren Theilen stark zusammengedrückt.

Die Leber ist sehr klein, mit stark ausgeprägter marginaler und superficieller Atroptie. Die Milz ist sehr gross. Ihre Grössenverhältnisse sind 16 : 10 : $3^1/_2$. Sie hat wachstropfenartige Auflagerungen und eine braunrothe Schnittfläche.

Beide Nieren sind sehr klein und schlaff, und etwas trübe. Das Verhältniss von Rinden und Marksubstanz ist normal.

Magen und Darm sind im Wesentlichen normal.

Zunächst möge es nun gestattet sein, auf den „Befund eines in die Scheide eingewachsenen Pessars“ einzugehen.

Die älteste Behandlungsart bei Deviationen der Scheide und des Uterus ist die orthopädische durch Einlegen von Mutterkränzen, Pessarien. Schon die Verschiedenheit in der Form und Grösse dieser Instrumente, sowie in dem Material, aus welchem sie hergestellt wurden, neben dem Umstande, dass so manches früher hochgepriesene Pessar in kurzer Zeit einem anderen Platz machen musste, bis auch dieses nach kürzerer oder längerer Gebrauchsdauer zu den veralteten gezählt wurde, zeigt, dass es bedeutende Schwierigkeiten macht, ein allen Anforderungen entsprechendes Pessar zu construiren. In der That verknüpfen sich mit der Pessarbehandlung manche beachtenswerthe Unzuträglichkeiten. Wie günstig auch immer die Wirkung eines gut eingelegten und passend gewählten Pessars bei den oben bezeichneten Veränderungen ist, so muss doch nie vergessen werden, dass Pessarien Fremdkörper sind. Als solche können sie ausserordentliche Beschwerden erregende, ja sogar das

Leben bedrohende Zustände hervorrufen, wenn sie nicht nach strenger Indication eingelegt werden, d. h. wenn keine entzündlichen Processe an den Beckenorganen vorhanden sind, und wenn nicht eine passende Wahl des Materials der Form und der Grösse getroffen wird, namentlich aber, wenn nicht durch peinlichste Reinlichkeit, öftere Scheidenausspülungen und regelmässig wiederkehrende Herausnahme der Ringe und sorgfältige Desinfection derselben, Zersetzungs- und Entzündungserscheinungen hintangehalten und mechanische Insulte der betreffenden Organe vermieden werden.

Die so vervollkommneten neueren Operationsmethoden haben manche Gynäkologen veranlasst, den Gebrauch der Ringe so viel als möglich zu vermeiden, doch wird man wohl kaum jemals der Pessarien ganz entrathen können, namentlich nicht der practische Arzt. Nicht sämmtliche Prolapsoperationen führen zu einem definitivem Resultat, die häufig vorkommenden Recidive zwingen zur Pessarbehandlung; selbstverständlich ist dieselbe auch jedesmal da indiciert, wo Kranke die Operation verweigern; und schliesslich ist nicht jeder Arzt Operateur. Auch sociale Verhältnisse werden immer wieder zwingen, zur Pessarbehandlung zurückzukehren. Es werden also sehr viele Fälle bleiben, in denen der Gebrauch der Mutterkränze absolut nicht umgangen werden kann. Die Wirkung derselben wird auch stets eine gute sein, wenn die Bedingungen bei der Behandlung erfüllt werden, welche wir oben erwähnt haben.

Bei der Auswahl eines Pessars kommen wohl am ersten die bekannten Ringe aus mit Gummi überzogenem Kupferdraht in Betracht. Bei der Biegsamkeit derselben kann man sie allen gegebenen Verhältnissen anpassen, und sie, nachdem man die für den jeweiligen Fall zweckmässigste Form ausprobirt hat, als Modelle für andere Pessarien aus unnachgiebigen Stoffen benutzen. Das beste Material hierzu ist wohl wegen seiner ausserordentlichen Leichtigkeit das Aluminium. Ein derartiges Aluminiumpessar verhindert auch, wenn seine Oberfläche sorgfältig poliert ist, eine Stagnation bezw. Zersetzung der Secrete aus Uterus und Scheide. Die immer mehr zunehmende Verbilligerung des Metalles würde auch in absehbarer Zeit Unbemittelten die Anschaffung eines derartigen Instrumentes ermöglichen. Ausserdem sind noch Pessarien aus Hartkautschuck und Celluloid zu empfehlen. Aufklärungen des Arztes über die möglichen Folgen der Indolenz und Unreinlichkeit bei der Pessarbehandlung, und eine strenge Controlle eines jeden

einzelnen Falles würden viel dazu beitragen, Folgezustände zu verhüten, welche häufig beobachtet werden, und welche zur äussersten Vorsicht auffordern.

Es möge uns gestattet sein, an der Hand des oben mitgetheilten Falles, sowie einer Reihe anderer in der Litteratur verzeichneten, auf diese Folgezustände etwas näher einzugehen.

Kaum begreiflich erscheint es, dass Frauen, selbst der besseren Stände, ein derartiges Instrument, wie ein Pessar, monate-, ja jahrelang an seinem Platze belassen können, ohne sich um sein Schicksal zu kümmern, bis sie durch die sich stetig steigernden Beschwerden veranlasst werden, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Die Untersuchung ergiebt dann manchmal Befunde, dass man sich kaum wundert, wenn Fritsch*) es fast für nöthig hält, dass man wie bei giftigen Medicamenten einen freien Verkauf dieser Instrumente verhindere, soviel Unglück werde damit angerichtet. Noch pessimistischer drückt sich Carl Mayer**) aus, welcher unter Anderem Folgendes sagt: „Wer je ein solches incrustirtes, pestartig stinkendes, mit der Scheide oder dem Uterus beinahe verwachsenen Pessarium losgerissen und zu Tage gefördert hat, der müsste billigerweise für immer die Lust verlieren, je wieder davon Gebrauch zu machen.“ Ferner: „Ich habe solche Unglückliche unter den grässlichsten Leiden sterben sehen, und habe um solcher möglichen Folgen willen nie in meiner langen Praxis ein Pessarium angewandt.

Bei der Besprechung der Fremdkörper in der Scheide in seinem Handbuche der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane sagt Schröder:

„Unter den fremden Körpern sind in praktischer Beziehung am wichtigsten die Pessarien, die durch geringen Druck Abschilferungen des Epithels, durch stärkeren Geschwürsbildungen hervorrufen können. Wenn sie lange Zeit gleichmässig gegen eine Stelle drücken, so können sie die Scheidenschleimhaut durchscheuern, und in das umliegende Zellgewebe tiefe Furchen einschneiden, ja es können um die Bügel des Pessars herumwachsende Granulationen dieselben in Weichtheile förmlich einbetten.“

---

*) Fritsch, Die Lageveränderungen der Gebärmutter, Stuttgart 1881.

**) C. Mayer, „Beitrag zur Kenntniss und Behandlung des Prolapsus uteri et vaginae“, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin 1846, III. Jahrgang, Berlin 1848.

Ein solches in die Scheide eingewachsenes, seit zwei Jahren nicht mehr entferntes Pessar wurde, wie oben gesagt, von Herrn Prof. Dr. Frommel im December des Jahres 1893 entfernt. Dieser Fall zeigt von Neuem die bedauerlichen, das Leben in hohem Grade gefährdenden Zustände, mit welchen das „Einwachsen" von Pessarien verknüpft ist, und die ungeheueren Schwierigkeiten, welche manchmal mit der Entfernung eines derartigen incarcerirten Pessars verbunden sind.

In seiner Arbeit: „Zur Warnung beim Gebrauche von Scheidenpessarien" gab Franz Ludwig Neugebauer*) in Warschau eine Casuistik der deletären Wirkungen unzweckmässiger, vernachlässigter und vergessener Scheidenpessarien auf Grund von 247 Fällen aus der Litteratur und Praxis. Neben diesen Neugebauer'schen Fällen sind uns noch folgende in der Litteratur zugänglich geworden.

I, II. Saexinger beobachtete zwei Fälle von Einwachsen eines ringförmigen Pessariums, und dadurch bewirkte Heilung eines Uterusvorfalles. Einmal fand man nämlich zufällig bei einer Section ein ringförmiges Pessarium, durch dessen Oeffnung die vordere und hintere Scheidenwand mit einander verwachsen waren.

(Von einer Heilung kann bei diesem Befund doch wohl kaum die Rede sein.)

In einem anderen Falle hatte sich nach zwei Jahre langem Tragen eines Kranzes, der nur mit Mühe entfernt werden konnte, hinter demselben eine ringförmige Narbe gebildet**).

III., IV. Valenta gebrauchte bei Prolaps das Weir—Breslau'sche Pessar. Dieses Instrument besteht aus einem hölzernen Teller mit Stiel, welcher letztere noch eine kleine Scheibe weiter unten trägt. Bei zu grosser Scharfrandigkeit dieser kleineren Scheibe sah Verfasser zweimal ein Einwachsen des Instrumentes nach 5 monatlichem resp. 17 monatlichem Tragen zu Stande kommen. Beide Male wurde das Pessar excidirt***).

V. Bompke-Stolpe musste mit der Zange einen Scheidenstein

*) Archiv für Gynäkologie 1893, Bd. 43.

**) Virchow-Hirch, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin 1867 II S. 621.

***) Virchow-Hirsch Jahresbericht 1872 II S. 645.

extrahiren, welcher ungefähr die Grösse eines Gänseeies besass. Derselbe hatte sich in 10 Jahren um ein hölzernes nie entferntes Pessar gebildet *)

VI. Ludeau berichtet über: „A home made pessary, that had been worn for fifteen years **).

VII. Odebrecht berichtet über ein eingewachsenes Löhlein'sches Pessar ***).

VIII. Nach dem Protokoll der geburtshilflich gynäkologischen Gesellschaft in Wien vom 14. März 1893 berichtet Dr. Latzko Folgendes:

„Ich erlaube mir eine Frau zu demonstriren, die vorige Woche mit der Angabe zu mir kam, dass ihr vor ca. zwei Jahren an einer Klinik ein Pessar wegen Prolaps eingelegt wurde. Kurze Zeit danach sei ein Ausfluss eingetreten, der besonders in der letzten Zeit einen stinkenden, jauchigen Charakter annahm.

Ich fand ein gewöhnliches, ringförmiges Pessar, das keineswegs irgendwie die Wandungen zu beleidigen schien. Ich konnte dasselbe durch leichten Zug entfernen, und fand im hinteren Scheidengewölbe ein mit nekrotischen Fetzen belegtes Geschwür, die Scheide erfüllt mit stinkendem jauchigen Ausfluss. Ich machte eine Tampouade mit Jodoformgaze. Als die Frau wiederkehrte, entleerte sich bei Entfernung des Tampons gallig gefärbter Darminhalt. Hier waren offenbar die an der nekrotischen Wand gebildeten Adhäsionen ausgefallen, und gerade jetzt ist die Darmfistel entstanden, nachdem früher Darminhalt durch die Scheide nicht ausfloss.

Da die Frau 75 Jahre alt ist, so ist von einer Operation nichts zu erwarten. Ich habe mit einer elastischen Bougie sondirt, und bin hinter den ganz senilen Uterus ungefähr 10 cm weit in ein Darmstück gekommen †).

IX. Bischner beobachtete einen verirrten Uterus. Derselbe war durch eine in Folge eines Pessars entstandene Rectovaginalfistel $3^1/_2$ cm lang in den Mastdarm eingetreten. Die Fistel-

*) Centralblatt für Gynäkologie 1884 S. 684.

**) Frommel, Jahresbericht VI S. 542.

***) Frommel, Jahresbericht VI S. 626.

†) Centralblatt für Gynäkologie 1893 S. 399.

ränder verwuchsen mit dem Collum, und durch weitere Senkung trat nun der Uterus durch den Anus, vom Sphincter umschnürt. Abtragung des in's Rectum prominirenden Uterinabschnittes schuf relative Heilung *)

X. Ueber ein Breisky'sches Eipessar im Uterus einer 77jährigen Greisin berichtet Dr. Karl A. Herzfeld, Assistent an der F. Schauta'schen Universitätsfrauenklinik in Wien.

Die 77jährige Bedienerin F. M. leidet seit einiger Zeit an starkem, gelblichen, öfters blutig gefärbten Ausfluss aus der Scheide und lästigem Harndrang. Sie hat 16 Mal spontan geboren, das letzte Mal vor 38 Jahren. Bei der zweiten Geburt acquirirte sie einen Scheidenvorfall, der, wenn auch immer stärker werdend, keine besonderen Beschwerden verursachte. Nachdem jedoch die Scheide ganz aus der Schamspalte hervorgetreten war, wurde ihr zum ersten Male vor 5 Jahren ein Breisky'sches Eipessar, und zwar durch einen Arzt eingeführt. Später führte sich die Patientin das Pessar selbst ein, indem sie sich horizontal legte, die Füsse bis nahe zum Kopfe führte, mit der einen Hand nach Zurückschiebung des Vorfalls die Schamspalte offen hielt, und mit der anderen Hand das Pessar, so hoch sie eben kommen konnte, einführte. Seit einigen Monaten war das Pessar schwieriger zu erreichen, und ist jetzt von ihr nicht mehr fühlbar.

Die Untersuchung ergab Folgendes:

Die Schamspalte ist klaffend, die hintere Scheidenwand im untersten Abschnitte leicht prolabirt. Es besteht ein eitriger blutig gefärbter Ausfluss. Die Scheide ist sehr lang, gestreckt und verlängert sich nach oben zu. Der touchirende Finger gelangt mit Mühe an zwei derbe, frontal stehende, durch seitliche Einkerbungen von einander getrennte Lippen, welche die Portio darstellen. Der Muttermund ist rigid, und für einen Finger durchgängig. Ungefähr 1 cm über demselben fühlt man den unteren Pol des Eipessars, welches in die Uterushöhle eingedrungen ist. Diesem selbst sitzt der zwei Querfinger breit den oberen Symphysenrand überragende Uteruskörper kappenartig auf.

*) Virchow-Hirsch, Jahresbericht 1894 II S. 614.

Aus diesem Befunde muss geschlossen werden, dass das Pessar nicht blos den Cervicalcanal erfüllt, sondern auch in die Uterushöhle eingedrungen ist.

In der Narcose wird die Portio herabgezogen, der Muttermund beiderseits leicht incidirt, und nach Schützung der Weichtheile durch Gorgerets mit dem Paquelin'schen Brenner in das Eipessar eine Oeffnung gesetzt. In diese Oeffnung wird ein starker Haken gesetzt, und mittelst desselben das Pessar um seine Achse gedreht, so weit es der Muttermund gestattet. 1/2 cm von der ersten Oeffnung wird eine zweite angebracht, und in die Löcher werden die Löffel einer Schultze'schen Polypenzange eingeführt. Hierauf erfolgt Morcellement des Pessars. Nach mühsamer Entfernung findet sich die Cervicalhöhle dilatirt, und die 2 cm lange Uterushöhle für zwei Finger zugänglich. Es erfolgt Ausspülung und Tamponade. Der kleine Durchmesser des Pessars war mit 6 cm Länge zu bestimmen.

Es ist mehr als wahrscheinlich, dass das nach oben zu sich verjüngende Ende des Pessars den Muttermund mechanisch erweiterte, und so nach oben vordrang. Nach Passiren des äusseren Muttermundes kann sich das Gewebe so constringiren, dass das Pessar im Uterus incarcerirt ist, ohne dass, wie in der Scheide die Incarceration durch Drucknekrose und Wucherung des umgebenden Gewebes zu Stande kommt*).

XI. In einem Referat aus Verneuils Klinik wird von einem Fäll tödtlicher Myelitis berichtet, die bei einer Frau durch das lange Tragen eines Vaginalpessars hervorgerufen sein soll. Heftige Vaginal- und Uterusbeschwerden hörten nach Entfernung des vergessenen Pessars auf, doch es entwickelten sich spastische Krämpfe der Gliedmassen, und bald das ganze Bild der Myelitis**).

XII, XIII. Ueber üble Folgen beim Gebrauche von Pessarien berichtet ferner Tassius in seinen Betrachtungen über das Tragen von Mutterringen. Er bringt zwei Fälle von

*) Centralblatt für Gynäkologie 1893 S. 633 u. ff.

**) Centralblatt für Gynäkologie 1877 S. 42.

längerem Tragen von Pessarien mit folgenden Zersetzungserscheinungen. In beiden Fällen erfolgten ernste Allgemeinerkrankungen, in dem einen hohes Fieber, Icterus, völlige Appetitlosigkeit. Tassius fordert deshalb insbesondere die Hebammenlehrer auf, ihre Schülerinnen über diese Missstände recht zu belehren, damit sie das Ihrige zu ihrer Verhütung beitragen*)

Eine auffallende Thatsache sowohl bei dem von uns beobachteten, als auch bei verschiedenen der angeführten, wie bei vielen der von Neugebauer zusammengestellten Fälle ist die ausserordentliche Schwierigkeit, mit welcher die Entfernung der incarcerirten Pessarien verbunden war. Immer von Neuem finden wir in den Krankengeschichten die Vermerke, „mit Mühe", mit grosser, mit unsäglicher Mühe" wurde das Pessar entwickelt, nicht selten wird die Extraction mit einer schwierigen Zangenentbindung verglichen. Wie in unserem Falle, so mussten auch in verschiedenen anderen Incisionen gemacht werden, um das Operationsfeld zu erreichen, ja man war sogar einige Male genöthigt; den Damm zu spalten, das septum recto vaginale und vesico-vaginale einzuschneiden, um nur zum Pessar gelangen zu können. Und auch dann noch war die Extraction nur mit der grössten Mühe zu bewerkstelligen, und die verschiedenartigsten Werkzeuge mussten dazu dienen, diesen Zweck zu erreichen. Polypenzange und Forceps, Haken und Bohrer wurden angewendet, Pessare mussten mit Sägen, Gyps- und Resectionsscheeren, Knochen- und Beisszangen, Stemmeisen und Feilen, kurz mit allen möglichen Instrumenten durchtrennt, mit dem Thermokauter durchschnitten, nach Einführung von Zangenlöffeln in durch den Paquelin'schen Brenner gesetzte Oeffnungen morcellirt werden, um dann stückweise herausbefördert werden zu können.

So grosse Mannigfaltigkeiten aber auch die Krankengeschichten in Bezug auf die Entfernungsversuche der Pessare aufweisen, noch grösser ist die Zahl der Krankheiten, welche derartige zu lange Zeit liegen gebliebene Pessarien verursachten. Fürchterlich sind manchmal die Schilderungen von all dem Elend, welches auf diese Weise Indolenz und Unwissenheit verursachten. Allerdings ist die Empfindlichkeit der betreffenden Organe bei verschiedenen Frauen ausserordentlich verschieden. So sehen wir bei manchen schon im

*) Frommel, Jahresbericht I S. 300 No. 146.

Verlauf von einigen Monaten die verderblichen Wirkungen der Pessarien sich entwickeln, während bei anderen erst nach jahrelangem Tragen Unbequemlichkeiten und Gesundheitsschädigungen sich zeigen, oder überhaupt üble Nebenwirkungen gänzlich ausbleiben.

Wie dem auch sei, als Fremdkörper wirken die Pessarien auf die Scheidenschleimhaut reizend, es entsteht eine erhöhte Secretion, deren Abfluss durch die Anwesenheit des Pessars verhindert wird. Die stagnirenden Secrete zersetzen sich unter dem Einflusse der stets vorhandenen Microorganismen, es entwickelt sich ein jauchiger stinkender Ausfluss. Leicht kommt es zu Erosionen der Schleimhaut, die mangels genügender Reinlichkeit in Ulcerationen übergehen, welche kleine Gefässe arrodiren, und den Ausfluss zu einem blutigen machen. In einigen Fällen führten Granulationen Scheidenstenosen, und in einem eine hochgradige Mastdarmstenose herbei.

Wie in allen Fällen, in denen die Weichtheile des Beckens einem länger dauernden, starken Drucke ausgesetzt sind, kommt es auch bei lang liegenden Pessarien häufig zu Druckusuren und zu Gangrän der benachbarten Weichtheile, in deren Gefolge wir Perforationen der Pessarien in benachbarte Organe beobachten. Es kommt zur Bildung von Fisteln, deren operative Behandlung nach den Krankengeschichten manchmal eine recht schwierige war, ja sogar öfter, wie dies ja leider so häufig bei grösseren Defecten und bei ausgedehnter Narbenbildung zu beobachten ist, allen auf Heilung gerichteten Bemühungen Trotz boten. Neugebauer berichtet über 23 Fälle von Perforationen eines Pessars in den Mastdarm allein mit gleichzeitigen Usuren der übrigen Scheidenwände, jedoch ohne anderweitige Perforation in die Nachbarorgane. Diesen 23 Fällen schliessen sich die von uns unter VIII und IX angeführten an. In ersterem wurde von einer wegen des Alters der Patientin doch wahrscheinlich erfolglosen Operation abgesehen, in letzterem haben wir den interessanten Befund eines in den Mastdarm verirrten, und am Collum mit den Fistelrändern verwachsenen Uterus vor uns, dessen Abtragung eine relative Heilung brachte.

Ferner berichtet Neugebauer über 20 Fälle von isolirter Perforation eines Scheidenpessars in die Harnblase hinein, und über 10 Fälle von Perforation von Harnblase und Mastdarm zu gleicher Zeit.

Dann wurde ein Mal eine Harnleiterblasenscheidenfistel beobachtet, ein Mal eine Harnleiterscheidenfistel und ein Mal eine Perforation der Harnröhre angetroffen.

Des weiteren werden zwei Fälle von Perforationen eines Scheidenpessars in den Douglas'schen Raum angeführt und drei von Eindringen eines Pessars in das benachbarte Beckenzellgewebe.

Ausserdem berichtet Neugebauer über sechs Fälle von Eindringen eines Scheidenpessars in den Uterus, denen sich der von uns oben erwähnte von Herzfeld beobachtete Fall von Eindringen eines Breisky'schen Eipessars in die Gebärmutter anreiht, dessen Entfernung so ausserordentliche Schwierigkeiten verursachte.

Der Druck der Ringe erzeugt leicht Decubitus. Wie Pilze schiessen, wie Zweifel sich ausdrückt, die Granulationen der Scheidenschleimhaut hervor. Diese betten die Pessarien in Geschwulstmassen förmlich ein, indem sie über die Bügel hinüberwuchern. Wir haben dann das eingewachsene, incarcerirte Pessar vor uns, wie in unserem und in sechs weiteren in der Litteratur von uns gefundenen Fällen, über welche Neugebauer nicht berichtet (I, II, III, IV, V, VII).

Der vom Pessar gesetzte Reiz kann Veranlassung zur Bildung vor Carcinomen geben. Bei acht Fällen von primärem Scheidencarcinom wird die Entstehung desselben auf das lange Tragen eines Scheidenpessars zurückgeführt.

Manchmal auch täuschten vergessene und in jauchig zerfallene Granulationsmassen eingebettete Pessarien Carcinom vor.

Selbstverständlich kann, wie dies öfters beobachtet wurde, durch die Einführung eines Pessars eine Einklemmung der Vaginalportion zu Stande kommen, sodass eine Abtragung derselben notwendig erscheint.

Wenn auch in den ersten Monaten der Schwangerschaft ein Pessar manchmal recht gute Dienste leistet, so kann es doch bei zu langem Verweilen in der Scheide, wie verschiedene Beobachtungen dargethan haben, Abort hervorrufen, wenn Infectionskeime hinzutreten.

Auch Allgemeinerkrankungen sah man durch Pessarien entstehen mit Fieber, Icterus, Appetitlosigkeit; hochgradige Innervationsstörungen, ja selbst Lähmungen der unteren Extranitäten mit gestörter Sensibilität traten auf.

Bei der Entwickelung der schon beschriebenen Entzündungsvorgänge in der Scheide mit Ulcerationen und jauchigem Ausfluss, sah man des öfteren Phlegmone entstehen. Der Process geht auf die benachbarten Gewebe über, es kam zu Parametritiden, zu Pelveoperitonitis und allgemeiner Peritonitis mit ihren Begleit-

erscheinungen. Allgemeine Sepsis trat ein, welche verschiedentlich, wie auch in unserem Falle zum Tode führte. Ausser unserem Falle und dem von uns unter XI angeführten, in welchem spastische Krämpfe durch das Pessar veranlasst wurden, und die Kranke unter dem Bilde der Myelitis zu Grunde ging, finden sich in der Litteratur acht weitere Todesfälle in Folge eines zu langen und unrichtigen Gebrauches von Scheidenpessarien.

In einem Falle trat Atresia oris uteri durch das Pessar ein; Pyometra führte zum Tode.

Ein Mal trat nach der Spaltung des septum rectovaginale zum Zwecke der Extraction des Pessars Peritonitis ein, welcher die Patientin erlag.

In einem Falle führte eine jauchende Parametritis den Erschöpfungstod herbei.

Zwei Mal wurden eitrige Parametritiden beobachtet mit Phlegmone und Sepsis; der Tod erfolgte nach Beseitigung der Pessare unter urämischen Symptomen.

Je einmal rief eine Pelveoperitonitis, Sepsis (die Extraction des Pessars wurde verweigert, obwohl eine Mastdarmperforation bestand) und Erschöpfung nach der Entfernung eines Pessars den exitus letalis hervor.

All diese Beobachtungen sprechen von Neuem dafür, dass die Pessarbehandlung bei der so häufig vorhandenen Stupidität, Indolenz und Gewissenlosigkeit die fürchterlichsten Folgen haben kann, und dass dieselbe nur dann ihre segensreichen Wirkungen zeigen kann, wenn sie von einem sachkundigen, energischen Arzte geleitet wird.

Ein weiterer ausserordentlicher interessanter Befund bei dem von uns beobachteten Falle war das Vorhandensein eines in die Scheide geborenen und mit derselben verlötheten Myoms.

Meistens schon sehr früh bringen die submucösen Myome den Cervix vollkommen zum Verstreichen, so dass bei noch geschlossenem äusseren Muttermund Cervix und Körper eine Höhle bilden. Wenn auch ursprünglich die submucösen Myome stets in der Uterushöhle liegen, so können sie doch bei weiterem Wachsthum und durch Contractionsvorgänge des Uterus durch den geöffneten Cervix in die Scheide geboren werden. Ihre Ursprungsstelle wird dabei regelmässig zu einem mehr oder weniger dicken Stiel ausgezogen. Der

Fig. I

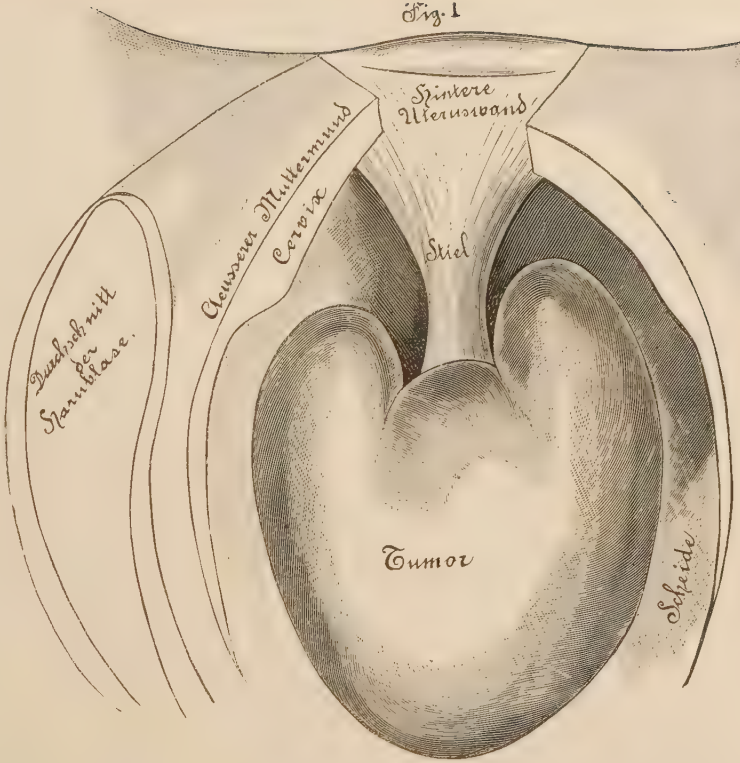

Fig. II.

Befund eines in die Scheide geborenen Myoms wäre daher an und für sich gewiss kein seltener zu nennen, wenn nicht der Umstand hinzuträte, dass der Tumor an der ganzen hinteren Fläche mit der Scheidenwand vollkommen fest verwachsen ist. (S. die beigefügten Skizzen.) Die vordere Fläche ist vollständig frei, und ihre glatte, serosaähnliche Membran geht an den Verwachsungsrändern in die Scheidenwand über. So machte also der Tumor intra vitam den Eindruck, als ob er von der hinteren Scheidenwand ausginge, und in die Scheide hineinrage, ein Umstand, der die Diagnose Uterusmyom unmöglich machte. Erst die Section konnte das Vorhandensein eines Fibromyoms constatiren, welches, von der hinteren Uteruswand mit einem fingerdicken Stiele ausgehend, in die Scheide geboren, und mit derselben fest verwachsen war.

Nur wenige ähnliche Fälle sind uns in der gynäkologischen Litteratur bekannt. Es möge uns gestattet sein, dieselben an dieser Stelle anzuführen.

I. Im Centralblatt für Gynäkologie berichtet Breisky Folgendes*):

Eine 44 Jahre alte Patientin, welche sechs Mal geboren hat, bemerkte vor zwei Jahren zum ersten Male einen Tumor. Es traten Blutungen ein Im Sommer 1883 trat eine Geschwulst zwischen den Schamlippen hervor, und musste dieselbe behufs Harnentleerung jedesmal reponirt werden. Im Frühjahr 1884 trat Patientin in klinische Behandlung. Bei der Untersuchung ergab sich folgender Befund:

Im Hypogastrium die gefüllte Harnblase, hinter derselben ein unbeweglicher, aus dem Becken aufsteigender Tumor, der links etwa zwei Querfinger breit über dem Rippenbogen das etwas bewegliche corpus uteri erkennen lässt, an dem man lig. rotundum und Tube abtasten kann.

Aus der Vulva drängt sich ein orangegrosser, nekrotischer Tumorabschnitt heraus. Die Digitaluntersuchung zeigt, dass hinten die Vaginalschleimhaut sich unmittelbar auf den Tumor umschlägt, vorne dagegen ein Fornix nicht erreicht werden kann.

II. Riedinger-Brünn berichtet über ein Myofibrom einer 26-jährigen virgo**). Der Tumor geht von der vorderen Uterus-

*) Centralblatt für Gynäkologie 1885 S. 69.

**) Centralblatt für Gynäkologie 1885 S. 470.

wand aus, ist bis zu Mannskopfgrösse gewachsen, und erweitert bereits die Schamspalte. Der Tumor wird in mehreren Sitzungen exstirpirt. Bei Vornahme des dritten operativen Eingriffs mussten Verklebungen des Tumors mit der vorderen Vaginalwand gelöst werden.

(Offenbar sind die Verklebungen in diesem Falle auf die früheren operativen Eingriffe zurückzuführen.)

III. Otto Spiegelberg berichtet über ein submucöses Myofibrom der hinteren Cervicalwand, welches mit der vorderen Vaginalwand verwachsen ist*).

Eine 45 Jahre alte, verheirathete Patientin hat fünf Mal normale Puerperien durchgemacht, und leidet seit dem letzten an allmählich stärker werdenden Metrorrhagien, begleitet von Wehen. In den Intervallen sind blutig-schleimige Abgänge zu constatiren. Vor $2^1/_2$ Jahren wurde eine Geschwulst aus den Genitalien entfernt (Polyp.). Nach kurzem Wohlbefinden kehrten die früheren Beschwerden zurück, mit Ausnahme der Metrorrhagieen, welche nachliessen. Seit August 1871 traten ein tagelange Urinverhaltung, sehr schmerzhafte, langdauernde Entleerungen, sehr retardirter und erschwerter Stuhlgang, fortwährendes Drängen und Druck im Becken.

Die Untersuchung ergab: Grosse Anämie und Magerkeit. Ueber dem Beckeneingange ein faustgrosser, etwas höckeriger, fester Tumor, welcher den Eingang ganz ausfüllt, hinten höher hinaufreicht als vorn. Auf seiner vorderen Hälfte sitzt ein beweglicher, birnförmiger Körper, dessen Gestalt und Verhalten ganz das eines normal grossen Uterus ist; an seinen Seiten fühlt man durch die schlaffen mageren Decken die lyg. rotunda, lata und die kleinen Ovarien ganz deutlich durch. Vom unteren Theile der hinteren Wand der Gebärmutter geht die den Beckeneingang erfüllende Geschwulstmasse aus. Die Beckenhöhle selbst wird von einem, von einer erhaltenen Mucosa überzogenen Fibroid eingenommen, dessen schmalere, untere Spitze bis auf 2 cm Entfernung von dem Introitus herabreicht, und das mit der von den Bauchdecken aus zu tastenden Geschwulst identisch

*) Archiv für Gynäkologie 1873.

ist. Der hintere Scheidengrund ist stark in die Höhe gedrängt, und schlägt sich direkt auf das Fibroid über, der vordere Grund ist letzterem in ziemlicher Ausdehnung adhärent, nur an der rechten Seite ist an der vorderen Becken resp. Scheidenwand ein freier Spalt geblieben, durch welchen in Knieellenbogenlage der Finger zu dem sehr hoch am vorderen Umfange des Tumors befindlichen äusseren Muttermunde gelangt, den man auch vom Hypogastrium aus als solchen erkennen kann. Die Blase deren Harnröhre sehr stark nach oben verzogen und zusammengedrückt ist, befindet sich über dem Becken, etwas rechts vom Uteruskörper.

IV. Potter berichtet über einen „Polypus, adherent to vagina" (Transactions of the obstetr. society of London, March 1888)*). Ein gestielter, hühnereigrosser Polyp ist unzertrennbar mit der Vaginalwand verwachsen. Derselbe hatte in vita starke Hämorrhagien verursacht.

V. Demarquay*) beobachtete bindegewebige, straffe Verwachsungen eines Polypen mit den Scheidenwandungen, welche die Diagnose und Entfernung der Neubildung erschwerten.

VI, VII. Gusserow sagt**):

Die Veränderungen des Uterus selbst sind bei den gestielten submucösen Fibromen ziemlich constant, und zwar die der Hypertrophie, die sich ganz wie bei der Schwangerschaft gestaltet. Die Wanderungen werden auch bei grossen Geschwülsten verdickt; die Schleimhaut hypertrophirt, und enthält grosse, erweiterte Gefässe, sodass man in der That von einer grossesse fibreuse reden kann. Die die Geschwulst bedeckende Schleimhaut nimmt nur bei kleinen Tumoren an diesem Process theil, kann aber dadurch oder noch häufiger durch die Bewegungen der Geschwulst ulceriren. Diese Geschwürsbildungen, die übrigens am häufigsten durch äussere Insulte (untersuchende Finger etc.) entstehen, haben einerseits einen grossen Einfluss auf die Ernährung der Geschwulst, führen aber auch hie und da zu Verwachsungen mit der benachbarten Schleimhaut des Uterus und selbst der Scheide. Solche Verwachsungen mit der gegenüber-

*) Billroth Lücke, Deutsche Chirurgie Gusserow „Die Neubildungen des Uterus" 1886.

**) Ibid.

liegenden Uterusschleimhaut, und dadurch theilweisen Verschluss des Uterus erwähnt Klob; ferner beschreibt Barnes ein solches Präparat aus dem St. Georges-Hospital-Museum; bindegewebige, straffe Verwachsungen eines Polypen etc.

VIII. Cullingworth*) beschreibt eine $5^1/_4$ Zoll lange und $3^3/_4$ Zoll breite, fibröse Geschwulst, die vor die äusseren Geschlechtstheile getreten war und durch zwei Stiele mit dem Uterus zusammenhing. Zwischen den beiden Stielen war eine $1^1/_2$ Zoll breite Lücke. Der vordere $^1/_2$ Zoll lange und $^3/_4$ Zoll breite Stiel war links im Uterus inserirt, der andere hinten und rechts $^1/_4$ Zoll lang und $1^1/_2$ Zoll breit enthielt zwei beträchtliche Gefässe. Leider ist keine genauere anatomische Untersuchung gemacht worden über diesen sehr eigenthümlichen, und anatomisch schwer zu verstehenden Befund. Es handelt sich dabei möglicherweise um eine Adhäsion des Tumors oder da von Eiterung auch gesprochen wird, um eine partielle Vereiterung und so entstandene Lücke in der Geschwulst

IX. Sehr interessant ist dann der von Freund**) beschriebene hieher gehörige Fall, wo sich ein doppelt faustgrosser Tumor vor der Vulva fand, dessen unteres Dritttheil an der oberen Parthie durch eine seichte Einziehung getrennt war. Dieser untere Abschnitt sah weisslich aus, und war gegen Nadelstiche unempfindlich, die oberen zwei Dritttheile waren blauroth, gangränescirt und sehr empfindlich. Die Geschwulst schien direct in das Laquear vaginae überzugehen. Endlich gelang es an der hinteren Fläche eine kleine Oeffnung zu finden, durch welche die Sonde 5 cm weit seitlich nach links in den atrophischen Uterus eindrang. Es handelte sich um ein faustgrosses interstitielles Fibrom, welches in seinem unteren Dritttheil durch Sprengung der Kapsel frei zu Tage lag, in seinen oberen zwei Dritttheilen von derselben noch becherförmig umfasst war.

X. Leyden***) beschreibt ein Myom, das intramural entwickelt in den Cervix ausgestossen war. Hier fanden sich wirklich

*) Billroth-Lücke, Deutsche Chirurgie Gusserow „Die Neubildungen des Uterus" 1886 S. 16.

**) Ibid.

***) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. 26. S. 434.

Verwachsungen der Oberfläche lockerer Art mit dem Cervix, welche sich übrigens leicht durchtrennen liessen. Patientin ist eine kleine, untersetzte Person von kräftigem Knochenbau, schlechtem Ernährungszustande, schlaffer Musculatur, geringem Panniculus adiposus. Haut und sichtbare Schleimhäute auffallend blass. Introitus und Vagina von mittlerer Weite. Scheidenwände, besonders die vordere, sowie die leicht aufgelockerte Portio, mässig herabgedrängt, letztere ungefähr conisch (fast virgineller Zustand), keine seitlichen Einrisse erkennen lassend. Aeusserer Muttermund von annähernd ovaler Form ist für die Sonde passirbar. Ueber der Portio steigt ein anscheinend aus zwei Lobulis sich zusammensetzender Tumor von ziemlich derber Beschaffenheit, glatter Oberfläche wesentlich nach rechts hin aus dem kleinen Becken empor, und erstreckt sich reichlich handbreit über den oberen Rand der Symphyse. Aus dieser Tumormasse ist der Uterus nicht mit Sicherheit abzugrenzen, jedoch scheint er in dem linken Theile der Geschwulst gelegen, denn hier hebt sich eine kleinapfelgrosse, halbkugelige Resistenz deutlich von der übrigen Geschwulstmasse ab. Anhänge sind frei. Blutiger Ausfluss von leicht wässeriger Beschaffenheit besteht in mittlerem Grade. Die vaginale Untersuchung verursacht stärkere Blutung. An den übrigen Körperorganen sind keine krankhaften Prozesse zu konstatiren. Ascites, Oedeme nicht vorhanden. Urin enthält keine Albumen. Temperatur bewegt sich in normalen Grenzen. Pulsus parvus et tardus. Grosses Mattigkeitsgefühl, Schlafbedürfniss, geringer Appetit.

Abrasio wegen fortbestehender stärkerer Metrorrhagie und zur weiteren Sicherstellung der Diagnose. Die Sonde sowie die Curette und der scharfe Löffel dringen dabei nicht ohne grosse Schwierigkeiten nach links in die Tumormasse vor, wobei die Instrumente an der rechten und vorderen Wand des Canals über Stränge und Partieen von fast knorpelharter Beschaffenheit gleiten, durch welchen Befund die später als richtig erwiesene Vermuthung nahe gelegt wurde, dass zwischen der in der rechten Hälfte der Wand sitzenden Geschwulst und der Cervixmucosa zahlreiche Adhäsionen bestehen müssten."

In unserem Falle gab das Pessar die Veranlassung zu Zerstörungen des Epithels des Myomüberzugs und desjenigen der Scheidenschleimhaut. Bei der innigen Berührung der erodirten Stellen des Tumors mit denen der Scheide entstanden die Verklebungen resp. feste Verwachsungen des Tumors mit der hinteren Vaginalwand. Zudem bewirkte das Pessar einen ulcerösen Zerfall der ihm benachbarten Myompartieen, wie es ja so häufig bei Zutritt von pathogenen Microorganismen an Erosionen eines Myomüberzugs bemerkt wird. Von den ulcerirten Theilen ging eine Allgemeininfection aus, die bei der Aufnahme der Patientin in die Klinik sich schon durch die geschwollenen Leistendrüsen und die Petechien an den Oberschenkeln bemerkbar machte, und zur Ursache des exitus letalis wurde.

Es ist häufig beobachtet worden, dass, wenn ein Myom in den Muttermund gedrängt wurde, Circulationsstörungen in den bedeckenden Schleimhanttheilen entstanden, welche leicht zu Defecten derselben führten. Oefter noch sah man derartige Verletzungen be ärztlichen Eingriffen entstehen, wie z. B. bei Einführung von Sonden oder bei Versuchen die Geschwulst zu entfernen. Zuweilen bestehen nun diese Ulcerationen ohne nachtheilige Folgen, häufig stellte sich aber, namentlich in der vorantiseptischen Zeit ein missfarbiger Belag ein und von hier ging Gangrän des Tumors aus. In dem uns vorliegenden Falle veranlasste die ungeschickte Pessarbehandlung die Vereiterung des Myoms, welche die Todesursache wurde, nachdem das Pessar zunächst den Anlass zu den Epithelverlusten gegeben hatte, welche zur Verlöthung des in die Scheide geborenen Myoms mit der Scheidenwand führten.

Der von uns beobachtete Fall zeigt aufs Neue die grossen Gefahren, welche mit einer nicht sachgemäss geleiteten Pessarbehandlung verknüpft sind, und fordert zur grössten Vorsicht und zur genauen Belehrung der betreffenden Patientinnen über die eventuellen Folgen auf; zugleich ist er ein neues Beispiel zu den so sehr selten beobachteten Fällen, wo man ein in die Scheide geborenes Myom mit der Uteruswand verlöthet fand.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Frommel für die Ueberlassung des Falles, sowie für die gütige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszudrücken.